

REGOLAMENTO

ART. 1 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento di Assidai - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenti Aziende Industriali, di seguito anche il "Fondo".

Il Regolamento è adottato ai sensi dell'articolo 14 dello Statuto del Fondo.

ART. 2 - AVENTI DIRITTO ALL'ISCRIZIONE

1. Possono iscriversi al Fondo, senza limite di età, e sempreché siano residenti in Italia all'atto dell'iscrizione:
 - a) Gli associati alle Organizzazioni nazionali e territoriali che aderiscono a Federmanager. La mancanza del requisito associativo, o lo stato di morosità nel pagamento delle quote associative alle predette Organizzazioni, comporta:
 - 1) la cessazione del rapporto al 31 dicembre dell'anno per il quale Assidai abbia già accettato il contributo di iscrizione;
 - 2) il pagamento di una penale di € 350,00 per ogni anno di carenza del requisito associativo;
 - 3) la sospensione delle prestazioni sino al pagamento della suddetta penale.
 - b) Gli iscritti, in servizio e in pensione, alle altre Federazioni aderenti alla Confederazione CIDA - Manager e Alte Professionalità per l'Italia. Valgono le stesse condizioni di cui al precedente punto a).
 - c) Il coniuge superstite o, in alternativa, il convivente more uxorio che lo abbia sostituito ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del Regolamento, limitatamente al/ai piano/i sanitario/i individuali ai quali avrebbe potuto iscriversi il loro dante causa, sempreché il de cuius fosse iscritto ad Assidai all'atto del decesso, e la richiesta, a pena di decadenza, sia avanzata entro un anno.
 - d) Non ricorrendo il caso sub c), i figli conviventi di genitore iscritto ad Assidai all'atto del decesso, a condizione che la richiesta, a pena di decadenza, sia inoltrata entro 30 giorni, e riguardi tutti i figli che si trovino nelle predette condizioni, fermo restando che l'iscrizione viene meno al termine dell'anno del compimento del 55° anno di età. Essi possono aderire esclusivamente al piano sanitario che espressamente preveda tale possibilità.
2. Gli iscritti ad Assidai che al momento del passaggio in quiescenza hanno un'anzianità di iscrizione al Fondo superiore o pari a 5 anni, potranno continuare ad essere iscritti al Fondo aderendo o mantenendo la propria iscrizione ad uno dei piani sanitari individuali disponibili.
Coloro i quali hanno un'anzianità di iscrizione inferiore, potranno essere iscritti esclusivamente ai piani sanitari per essi approvati dal Consiglio di Amministrazione.
3. In caso di cessazione dell'iscrizione, una nuova adesione ad Assidai potrà avvenire soltanto con le modalità previste dal presente articolo. L'anno dell'ingresso in quiescenza viene considerato come anno di servizio, nel caso in cui la decorrenza della pensione sia successiva al 30 giugno.
4. Deroghe al requisito di cui alla lettera a) potranno essere deliberate dall'Organo Assembleare nel caso in cui l'iscrizione al Fondo venga effettuata in applicazione di specifici accordi previsti da Contratti Collettivi Nazionali di categoria.
5. In caso di decesso dell'iscritto permane il diritto dei suoi familiari di fruire delle prestazioni fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

ART. 3 - ISCRIZIONI IN FORMA COLLETTIVA

1. L'iscrizione in forma collettiva è quella effettuata per il medesimo piano sanitario ed in un unico contesto, da:
 - a) tutti i dirigenti di una stessa azienda/ente. E', altresì, ammessa l'iscrizione di un solo dirigente, purché questo sia l'unico in organico come da apposita certificazione rilasciata dall'azienda/ente richiedente;

- b) tutti i quadri di una stessa azienda/ente. E', altresì, ammessa l'iscrizione di un solo quadro, purché questo sia l'unico in organico come da apposita certificazione rilasciata dall'azienda/ente richiedente.

In caso di iscrizione ai sensi dei sopraindicati punti a) o b), sarà facoltà dell'azienda iscrivere i propri consulenti, a condizione che il loro numero non sia inferiore a due.

2. Qualora l'azienda subordini l'iscrizione o la permanenza al Fondo dei dirigenti e dei quadri all'iscrizione di altre categorie di lavoratori, il Consiglio di Amministrazione potrà deliberare di estendere l'iscrizione anche in favore di quest'ultime.
3. Eccezioni al principio di totalità potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione in riferimento a casi del tutto particolari.
4. Agli iscritti in forma collettiva sono riservati gli specifici piani sanitari deliberati dal Consiglio di Amministrazione; si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in vigore per le iscrizioni individuali, tranne il comma 1 del paragrafo "Esclusioni" dell'articolo 9, sub 1 e il requisito della residenza in Italia di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Regolamento.
5. In caso di cambio di azienda o di cessazione dell'iscrizione in forma collettiva, gli iscritti potranno accedere ai piani sanitari in forma individuale, ricorrendone le previste condizioni. Quanto stabilito al comma precedente vale anche in caso di pensionamento, fermo restando quanto previsto all'art. 2, comma 2 e salvo specifici accordi intervenuti all'atto dell'iscrizione.
6. Il Consiglio di Amministrazione avrà la facoltà, in casi particolari e adeguatamente motivati, di autorizzare iscrizioni collettive anche in deroga a quanto previsto al comma che precede.
7. La mancanza delle condizioni per l'iscrizione in forma collettiva, comporta la cessazione del rapporto al 31 dicembre dell'anno per il quale Assidai abbia già accettato il contributo di iscrizione, ferma restando la possibilità per gli iscritti di accedere ai piani sanitari in forma individuale, ricorrendone le previste condizioni.
8. Alle condizioni del presente articolo, il Consiglio di Amministrazione avrà facoltà di accettare, quale iscritto in forma collettiva, anche Fondi o Casse aziendali o Gruppi aventi finalità analoghe ad Assidai, a condizione che la richiesta di iscrizione si riferisca alla totalità dei destinatari delle prestazioni dei suddetti Fondi, Casse o Gruppi, e che gli interessati appartengano alle categorie di cui all'articolo 2 del Regolamento.

ART. 4 - MODALITA' DELL'ISCRIZIONE

1. L'iscrizione in forma individuale avviene mediante invio ad Assidai, per raccomandata a.r. o fax, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui si riferisce l'iscrizione, del modulo e dei relativi allegati che saranno rispettivamente predisposti e indicati dal Consiglio di Amministrazione.
2. In caso di promozione a quadro o dirigente, o instaurazione del rapporto di lavoro dopo il 1° gennaio, l'iscrizione può essere effettuata, con le modalità sopra specificate, entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi dei suddetti eventi; l'importo del contributo è ridotto del 40% nel caso di iscrizione dopo il 30 giugno.
3. Gli effetti dell'iscrizione decorrono dal 1° gennaio, oppure, dalle ore 0 del giorno successivo al pagamento regolarizzante l'adesione al Fondo, fermo restando che il contributo annuale sarà dovuto nella sua interezza.
4. In caso di cessazione del rapporto con Assidai, è consentito iscriversi nuovamente ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a) e b) del presente Regolamento, subordinatamente alla valutazione discrezionale del Consiglio di Amministrazione, nonché al versamento di un contributo di reingresso nella misura stabilita dal Consiglio stesso.

ART. 5 - VARIAZIONE DI PIANO SANITARIO

1. Il piano sanitario deve essere scelto e specificato dall'iscritto nel modulo di iscrizione e non può essere variato in corso d'anno; le eventuali variazioni dovranno essere comunicate tramite raccomandata a.r. o

fax, da inviarsi entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno e avranno comunque effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Sarà facoltà del Consiglio di Amministrazione prorogare, per ragioni di carattere organizzativo, il suddetto termine sino ad un massimo di 60 giorni, dandone pubblicazione sul sito www.assidai.it, entro lo stesso 31 ottobre.

ART. 6 - DECORRENZA E DURATA

1. Il periodo di iscrizione è annuale e decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. Il rapporto si intenderà automaticamente rinnovato di anno in anno, salvo disdetta da parte dell'iscritto, che andrà comunicata via raccomandata a.r. o fax, entro il 31 ottobre.
3. La mancata disdetta entro il termine di cui sopra comporta l'accettazione della nuova misura del contributo relativo all'anno successivo, sempreché non superi di oltre il 10% quella relativa al periodo scaduto.
4. Nel caso di superamento di tale misura è escluso il rinnovo tacito e l'iscrizione cessa di avere effetto con la fine dell'anno. In ogni caso, il pagamento del contributo dovuto per l'anno successivo determinerà il rinnovo dell'iscrizione, pur in presenza di precedenti disdette o cessazioni comunicate dall'iscritto, ai sensi dei punti di cui sopra.

ART. 7 - CONTRIBUTI

1. I contributi, determinati ai sensi dell'articolo 12 dello Statuto, devono essere versati contestualmente alla domanda di iscrizione, secondo le modalità che saranno stabilite dal Consiglio di Amministrazione; in caso di rinnovo tacito, entro il 31 dicembre di ciascun anno.
2. In caso di ritardo nel versamento dei contributi sono escluse dal rimborso le spese sostenute nel periodo di ritardo, e in ogni caso, in deroga all'articolo 9, sub 1), paragrafo "Esclusioni" del Regolamento, restano escluse quelle relative a malattie manifestatesi e/o infortuni intervenuti durante il periodo di morosità.
3. Il Consiglio di Amministrazione avrà la facoltà, persistendo la morosità, di procedere alla risoluzione del rapporto per colpa dell'iscritto, con diritto al contributo maturato e agli interessi di mora nella misura del 5%.
4. In caso di decesso in corso d'anno dell'iscritto principale, il contributo versato all'inizio dell'anno non viene restituito da Assidai, ma la copertura si intende garantita per i superstiti componenti il nucleo familiare, sino alla scadenza naturale della copertura, fatto salvo quanto previsto dagli articoli precedenti in materia di iscrizione.
5. In caso di iscrizione collettiva, il contributo dovrà essere versato dall'azienda/ente per tutti gli aderenti in un'unica soluzione.

ART. 8 - ASSISTITI

1. Gli assistiti sono i componenti l'intero nucleo familiare dell'iscritto. Per nucleo familiare si intende, oltre all'iscritto, il coniuge, o in assenza di questo, il convivente more uxorio, e i figli risultanti dallo stato di famiglia, siano essi legittimi, naturali, legittimati adottivi e in affidamento preadottivo; in caso di separazione legale, l'iscritto potrà chiedere, previa autocertificazione del fatto, che del nucleo familiare venga ammesso a far parte, in alternativa al coniuge, il convivente more uxorio.
2. I figli perdono il diritto all'assistenza con il 31 dicembre dell'anno di compimento del 26° anno di età; la perdita del diritto non si applica nei confronti dei figli che versino in uno stato di invalidità superiore ai due terzi della loro capacità lavorativa specifica o, qualora non abbiano mai lavorato, superiore al 50% della capacità lavorativa generica, per i quali rimane comunque fermo il limite dei 55 anni di età.
3. Al coniuge, anche se legalmente separato o divorziato, al convivente more-uxorio, ai figli infracinquantenni, i quali tutti siano privi di assistenza, Fasi o di altre forme analoghe, è riservato uno specifico piano sanitario, applicabile a richiesta degli iscritti ai sensi dell'articolo 2 del presente Regolamento.
4. La richiesta deve essere inoltrata:
 - a) per i figli - a condizione che la stessa riguardi tutti gli interessati - contestualmente all'iscrizione di cui all'articolo 2 del presente Regolamento nel caso in cui questi abbiano già superato i 26 anni di età,

- ovvero si sia già verificata la perdita dell'assistenza del Fasi o di altre forme assistenziali, ovvero, entro 30 giorni dalla perdita di detta assistenza;
- b) per il coniuge separato e/o divorziato, entro 90 giorni dal momento in cui il provvedimento di separazione o di divorzio diventa definitivo;
 - c) per il convivente more uxorio, entro 90 giorni dall'inizio della convivenza.
5. Le richieste di iscrizione potranno essere accolte anche successivamente alla scadenza dei predetti termini; in tal caso, ai soggetti di cui alle lettere a), b), c) si applicherà ex novo il periodo di 730 giorni di esclusione dal rimborso per le spese relative a malattie manifestatesi e/o infortuni intervenuti prima dell'iscrizione. Detta esclusione si applicherà, altresì, qualora il coniuge divorziato non sia stato già iscritto in regime di coniuge separato.
6. Il figlio, assistito da Assidai, in caso di matrimonio o convivenza more uxorio e a condizione che ciò sia comunicato entro 90 giorni, potrà estendere l'assistenza al nuovo nucleo familiare, come inteso al comma 1, con lo specifico piano sanitario indicato al comma 3 del presente articolo; la decorrenza dell'estensione delle prestazioni al nuovo nucleo familiare, determinato ai sensi del comma 1 del presente articolo, nonché del nuovo contributo, avrà effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Qualora tutti gli altri componenti il nucleo familiare risultino già essere assistiti da altra analoga forma di assistenza sanitaria, il figlio sposato potrà mantenere la sua posizione di origine.
7. In caso di separazione legale o divorzio del figlio sposato, dal nucleo familiare è escluso il coniuge; a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo il figlio potrà scegliere tra la posizione di figlio sposato o quella di figlio singolo di cui al precedente comma 4, lettera a).
8. In caso di decesso del dirigente, quadro o consulente, iscritto principale, gli assistiti potranno chiederne il mantenimento ad personam, a condizione che la richiesta sia avanzata entro il termine dell'anno in cui è avvenuto il decesso.

ART. 9 – PRESTAZIONI

Di seguito sono elencate le prestazioni erogate da Assidai ai propri iscritti:

Sub) 1 - Prestazioni medico sanitarie.

Sub) 2 - Prestazioni socio sanitarie.

Sub) 3 - Prestazioni di assistenza (invalidità e/o morte per malattia e/o infortunio).

Sub 1 – Prestazioni medico sanitarie

1. Per l'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto a) dello Statuto, Assidai ha stipulato apposite polizze assicurative che prevedono il rimborso delle spese sostenute dall'iscritto e dai familiari assistibili, anche all'estero, a seguito di malattia e/o infortunio; le prestazioni sono quelle previste e regolate dagli specifici piani sanitari approvati dal Consiglio di Amministrazione, con i relativi limiti e massimali di rimborso. I suddetti limiti e massimali si riferiscono anche alle spese dell'anno successivo, nel caso in cui dette spese riguardino un evento dell'anno precedente, e non vi sia stata interruzione clinica.
2. Per i piani sanitari integrativi, qualora la spesa sostenuta non rientri tra le prestazioni previste dal tariffario Fasi o altre forme di assistenza primarie analoghe, essa sarà riconosciuta da Assidai, sempreché sia compresa nel piano sanitario prescelto dall'iscritto previa applicazione di limiti e franchigie ove previsti.
3. Nel caso in cui il Fasi o altre forme di assistenza primarie analoghe riducano l'ammontare delle prestazioni rimborsabili in corso d'anno, Assidai provvederà a liquidare la parte di propria competenza come previsto dal piano sanitario di appartenenza, ma senza rimborsare quegli importi che dovessero risultare a carico dell'assistito per effetto delle suddette riduzioni, salvo diversa delibera del Consiglio di Amministrazione.
4. Per le prestazioni che il Fasi ha eliminato dal proprio tariffario con le modifiche decorrenti dal 1° gennaio 1997 e successive, il Consiglio di Amministrazione del Fondo stabilirà periodicamente l'entità del rimborso.

5. La richiesta di prestazioni dovrà essere inviata entro il termine di 90 giorni dal rimborso ricevuto dal Fasi o da altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché Compagnie di Assicurazione, ovvero da quando l'iscritto abbia avuto formale notizia del mancato rimborso. Per gli iscritti Assidai che non aderiscono al Fasi o ad altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché Compagnie di Assicurazione, il suddetto termine di 90 giorni decorre dal momento in cui le spese sono state sostenute.
6. La documentazione di spesa dovrà essere inviata in copia semplice e dovrà essere corredata da:
 - a) copia della documentazione attestante l'entità dei rimborsi ricevuti dal Fasi, dal Servizio Sanitario Nazionale o da altri altre forme di assistenza primarie analoghe, nonché da polizze assicurative;
 - b) copia della certificazione medica (se in lingua estera, con relativa traduzione) attestante la diagnosi della patologia certa o presunta per la quale si richiede la prestazione, e la data di prima manifestazione della patologia stessa;
 - c) in caso di ricovero, copia della cartella clinica (se in lingua estera, con relativa traduzione) completa di anamnesi;
 - d) in caso di cure dentarie ed ortodontiche, dettaglio delle prestazioni sostenute.
7. La documentazione relativa alle spese per prestazioni odontoiatriche sarà inviata secondo le modalità ed i termini che verranno stabiliti dal Consiglio di Amministrazione del Fondo; il termine di 60 giorni, di cui al comma successivo, decorrerà dalla data di ricevimento della suddetta documentazione.
8. Le prestazioni medico sanitarie saranno liquidate entro il termine di 60 giorni da quando è pervenuta ad Assidai l'intera documentazione.
9. In caso di decesso dell'iscritto, il rimborso a questi dovuto verrà erogato agli eredi legittimi.
10. Per le spese sostenute nei Paesi esterni all'area Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'iscritto, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
11. Ai fini delle prestazioni medico sanitarie, si intende quanto segue:
 - a) Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
 - b) Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
 - c) Ricovero ospedaliero: la degenza, comportante almeno un pernottamento, in ospedale pubblico, clinica o casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sia privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
 - d) Day-Hospital: la degenza negli Istituti di cui sopra, in esclusivo regime diurno.
 - e) Assistenza infermieristica: quella prestata da personale fornito di specifico diploma.
 - f) Convalescenza: il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti un'inabilità temporanea totale e conseguente degenza domiciliare.
 - g) Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazioni, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
 - h) Massimale per nucleo familiare: la spesa massima indicata in ciascuna piano sanitario, rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'iscritto, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
 - i) Manifestazione della malattia: momento in cui la forma morbosa è accertata e diagnosticata, per la prima volta, come da documentazione medica allegata alla richiesta di prestazione.

Esclusioni

1. Sono escluse dal rimborso le spese relative a malattie manifestatesi e/o ad infortuni intervenuti prima dell'iscrizione, così come regolata dall'articolo 4 del Regolamento, e sostenute nei 730 giorni successivi a detto termine. In caso di nuova iscrizione, il predetto termine inizierà a decorrere ex-novo.

2. Sono escluse dal diritto alle prestazioni le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza. Assidai non rimborsa le spese per prestazioni previste nei singoli piani sanitari se relative a:
- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
 - b) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno d'età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
 - c) agopuntura non effettuata da medico;
 - d) infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
 - e) infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - f) protesi e cure dentarie e paradentarie (salvo deroghe previste dai singoli piani sanitari);
 - g) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - h) spese per parto nonché per le malattie della gravidanza e del puerperio, salvo che risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data d'iscrizione;
 - i) tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e all'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi.

Sub 2 – Prestazioni socio sanitarie

1. Per l'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto b) dello Statuto, Assidai ha stipulato apposite polizze assicurative che prevedono l'erogazione delle prestazioni regolate dagli specifici piani sanitari approvati dal Consiglio di Amministrazione, con i relativi limiti e massimali di rimborso, qualora il capo nucleo (assicurato), o il coniuge (in alternativa, il convivente more uxorio, facente parte del nucleo) risultino non autosufficienti durante il periodo di vigenza della polizza:

A) Per gli iscritti aventi un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 65 (età compiuta al 1° gennaio di ogni anno).

Qualora il capo nucleo (iscritto) o il coniuge (in alternativa, il convivente more uxorio, facente parte del nucleo) risultino non autosufficienti in base alla definizione di seguito riportata, è garantito il pagamento di una rendita annua vitalizia immediata, erogata in rate mensili di € 1.100 fintanto che il percipiente è in vita.

A. 1) **Definizione:** la perdita di autosufficienza avviene quando l'assistito a causa di una malattia, di una lesione o della perdita delle forze si trovi in uno stato tale da aver bisogno, prevedibilmente per sempre, quotidianamente ed in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere **almeno quattro delle sei attività elementari della vita quotidiana**, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici.

Le attività elementari della vita quotidiana sono così definite:

1. lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e di uscire dalla vasca e dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente;
2. vestirsi e/o svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra;
4. spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
5. andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;
6. bere e/o mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

A.2) **Riconoscimento, decorrenza e rivedibilità:** verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'assistito, l'assistito stesso, o altra persona che lo rappresenti, deve richiedere per iscritto, attraverso Assidai, il riconoscimento alla Compagnia di Assicurazione, allegando alla richiesta il certificato del medico curante che comprovi la perdita di autosufficienza o un suo aggravamento

rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla Compagnia redatto sull'apposito modulo fornito da Assidai con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Dalla data di ricevimento di tale documentazione - data di denuncia - decorre il periodo di accertamento da parte della Compagnia che, in ogni caso, non potrà superare i sei mesi. La Compagnia si riserva di richiedere all'assistito ulteriori informazioni sulle predette cause, nonché ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici, la Compagnia comunica per iscritto al Fondo o all'assistito stesso, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

La prestazione in rendita decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza e viene erogata, entro il secondo mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza. L'importo della prima rata di rendita comprenderà anche le rate di rendita maturate tra la data di decorrenza e quella di effettiva erogazione. La prestazione cessa con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso dell'iscritto.

Nel periodo di erogazione della rendita, la Compagnia ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'assistito, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. Se dagli eventuali accertamenti risulti che all'assistito non sia confermata la perdita di autosufficienza secondo le modalità riportate, l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza cessa con effetto dalla prima scadenza di rata immediatamente precedente alla data di accertamento.

A.3) Esclusioni: il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

- partecipazione dell'assistito a delitti dolosi;
- partecipazione dell'assistito a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso l'assicurazione può essere presentata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
- partecipazione attiva dell'assistito a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'assistito di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo, se l'assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assistito non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

La perdita di autosufficienza non verrà riconosciuta a coloro che, al momento dell'iscrizione, o precedentemente al 1° gennaio 2011 per gli iscritti ante tale data, risultassero già affetti da invalidità e/o non autosufficienza o avessero già in corso accertamenti a tale scopo.

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'assistito negli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente nei casi in cui siffatta

incapacità sia conseguenza diretta di gravi malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere al momento dell'iscrizione, o precedentemente al 1° gennaio 2011 per gli iscritti ante tale data. Nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, nei primi cinque anni, la Compagnia ha la facoltà di risolvere il contratto.

B) Per gli iscritti aventi un'età dal 66° anno in poi (età compiuta al 1° gennaio di ogni anno).

Qualora il capo nucleo iscritto, o il coniuge (in alternativa, il convivente more uxorio, facente parte del nucleo) risultino non autosufficienti in base alla definizione di seguito riportata e necessitino di assistenza professionale domiciliare, la Compagnia di Assicurazione provvederà a reperire ed inviare direttamente al domicilio, un infermiere professionale. La Compagnia di Assicurazione terrà a proprio carico le spese fino alla concorrenza di € 1.000 IVA inclusa, per ciascun mese di assistenza, fino ad un massimo di 270 giorni per anno assicurativo e per iscritto. Qualora l'assistito provveda direttamente a reperire un infermiere di sua conoscenza, previa autorizzazione della Struttura Organizzativa della Compagnia e dell'esistenza dello stato di non autosufficienza, potrà ottenere il rimborso della spesa sostenuta fino alla concorrenza di € 1.000 IVA inclusa, per ciascun mese di assistenza, fino ad un massimo di 270 giorni per anno assicurativo e per iscritto.

Qualora l'assistito, al superamento dei massimali previsti dalla prestazione di Assistenza infermieristica, necessiti di un'ulteriore assistenza professionale presso il proprio domicilio, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa della Compagnia di usufruire di tali prestazioni a tariffe convenzionate.

B.1) Definizione: la perdita di autosufficienza avviene quando l'assistito è incapace di compiere in modo totale, e presumibilmente permanente, **almeno tre delle attività elementari della vita quotidiana** e necessita di assistenza continuativa da parte di una terza persona per lo svolgimento delle stesse.

Con riferimento all'indicazione delle attività elementari della vita quotidiana si rinvia a quanto indicato al punto A.1).

B.2) Riconoscimento: lo stato di non autosufficienza viene riconosciuto ad insindacabile giudizio dei medici della Centrale Operativa Fasi che si riserva di effettuare eventuali controlli medici per appurare lo stato di salute dell'assistito. In caso di assistiti non iscritti al Fasi, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza viene effettuato dalla Compagnia di Assicurazione, su presentazione dell'apposita documentazione prevista.

B.3) Esclusioni: le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'iscritto;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;

- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Sub 3 – Prestazioni di assistenza (invalidità e/o morte per malattia e/o infortunio)

1. L'erogazione delle prestazioni previste all'articolo 4 punto c) dello Statuto, attuate tramite ricorso al sistema assicurativo e previo pagamento dei contributi approvati dal Consiglio di Amministrazione, consistono nei trattamenti previsti dall'articolo 12 del CCNL per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi sottoscritto da Federmanager e Confindustria il 21.11.2004 e successive modificazioni, da intendersi in questa sede ripetuto e trascritto in ogni sua parte. Le prestazioni saranno, comunque, erogate nei limiti ed alle condizioni indicate nelle Convenzioni assicurative o polizze che saranno sottoscritte dal Fondo previa approvazione del Consiglio di Amministrazione.

A) Iscrizione

L'iscrizione, aperta anche ai soggetti di cui all'articolo 2, lettera b) del presente Regolamento, viene effettuata dall'azienda di appartenenza, alla quale compete l'adempimento degli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva o dagli accordi/regolamenti aziendali.

Detta iscrizione è altresì convenzionalmente aperta, a Quadri e impiegati, Amministratori e Consulenti, ferma restando la natura delle tutele indicate nella contrattazione collettiva le prestazioni saranno, comunque, erogate nei limiti ed alle condizioni indicate nelle Convenzioni assicurative o polizze che saranno sottoscritte dal Fondo previa approvazione del Consiglio di Amministrazione.

Eccezioni al principio di totalità potranno essere deliberate dal Consiglio di Amministrazione, in riferimento a casi del tutto particolari.

A tal fine le aziende comunicano ad Assidai, utilizzando la modulistica che sarà inviata da quest'ultima, i nominativi o la categoria per la quale si richiede l'iscrizione ai fini delle prestazioni previste dal paragrafo sub 3.

Il periodo di iscrizione è annuale e decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre; in caso di iscrizione in corso d'anno, ferma la scadenza di cui sopra, si ridurrà in proporzione l'onere contributivo. L'azienda è altresì tenuta ad osservare rigorosamente ogni altro adempimento disposto dal Consiglio di Amministrazione.

B) Versamento dei contributi

Il versamento dei contributi ad Assidai deve essere effettuato dall'azienda, anche per la parte a carico dell'interessato e previa trattenuta sulla sua retribuzione, entro i termini stabiliti dalla Convenzione/polizza assicurativa sottoscritta.

In caso di mancato versamento dei contributi, il Fondo non darà luogo ad alcuna prestazione; in caso di pagamento parziale, la prestazione sarà proporzionalmente ridotta.

In ogni caso, ogni e qualsiasi danno subito dall'iscritto per effetto del mancato versamento dei contributi ad Assidai, graverà sull'azienda inadempiente.

C) Aspettativa

Nel caso in cui, per qualsiasi causa, il rapporto di lavoro entri in una fase di sospensiva contrattuale, l'iscrizione potrà essere mantenuta per gli esercizi successivi, calcolando il contributo sulla stessa base retributiva in essere al 31 dicembre precedente.

D) Decorrenza e durata

Con il versamento del contributo entro il termine stabilito dalla Convenzione/polizza assicurativa sottoscritta, si rinnova annualmente il rapporto tra datore di lavoro ed Assidai relativamente all'/agli iscritto/i al 31 dicembre dell'anno precedente, salvo variazioni rese note all'atto del versamento.

In caso di mancato pagamento del contributo entro i termini stabiliti, il rapporto si estingue con effetto dal 31 dicembre precedente.

In caso di pagamento parziale del contributo, il rapporto prosegue ai sensi dell'articolo 9, sub 3, lettera b, comma 2 del presente Regolamento.

La cessazione del rapporto tra datore di lavoro ed iscritto determina la risoluzione ipso iure del rapporto con Assidai, con diritto alla restituzione della quota parte di contribuzione che risulterà versata in eccesso.

ART. 10 - RESPONSABILITA' CIVILE DI TERZI

Nel caso in cui le prestazioni riguardino spese relative ad eventi per i quali si possa configurare la responsabilità di terzi, il rimborso è subordinato al rilascio, da parte dell'iscritto, di una dichiarazione nella quale egli s'impegna a:

- a) perseguire il responsabile;
- b) versare ad Assidai, sino a concorrenza della prestazione ricevuta, gli importi versati dal/dai responsabile/i e/o loro assicuratori, qualsiasi sia il titolo del versamento.